

# iBienvenido!

NEBO CHIROPRACTIC CLINIC

Formulario de registraci3n

## Secci3n I:

### Informaci3n del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ M3vil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Direcci3n de correo electr3nico** \_\_\_\_\_  
¿Recibir recordatorios? **Correo electr3nico**  **Mensajes de texto**  Servicio M3vil: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N3 de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Marque lo debido:  Menor  Soltero[a]  Casado[a]  Viuda  Separado[a]  Divorciado[a]  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupaci3n \_\_\_\_\_ Nombre del c3nyuge o padre: \_\_\_\_\_  
Raza:  nativo americano[a]  asi3tico[a]  afroamericano  polinesio[a]  cauc3sico[a]  renuncio declarar  
Identidad 3tnica:  hispano/latino  No hispano/latino  renuncio declarar  
¿A qui3n deber3amos dar las gracias por referirle? \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ tel3fono \_\_\_\_\_

## Secci3n II

### Parte Responsable

Relaci3n al paciente:  Yo mismo[a]  C3nyuge  Padre  Otro  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relaci3n al paciente: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  El mismo que el paciente  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel3fono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Tel3fono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N3 de seguro  
social \_\_\_\_\_  
Firma del parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Secci3n III

### Informaci3n del seguro

Nombre del asegurado[a] \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Rel. al paciente \_\_\_\_\_  
N3 de seguro social #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Tel3fono de trabajo:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direcci3n del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Compa1a de seguros \_\_\_\_\_ N3 de grupo \_\_\_\_\_ N3 de  
ident. \_\_\_\_\_  
Direcci3n de la compa1a \_\_\_\_\_ Tel3fono: \_\_\_\_\_  
(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista para copiarla)  
----- ¿TIENE OTRO SEGURO M3DICO?  S3  No SI TIENE, COMPLETE LOS SIGUIENTE -----  
Nombre del asegurado[a] \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Rel. al paciente \_\_\_\_\_  
N3 de seguro social #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Tel3fono de trabajo:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direcci3n del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Compañía de seguros _____	Nº de grupo _____	Nº de ident. _____
Dirección de la compañía _____		Teléfono: _____

*Revised 2/4/2016*

# Historial Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Abordar los problemas que quizás le causaron venir a nuestra oficina

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Por favor detalle brevemente que le trajo a nuestra oficina hoy:

En una escala de 1 – 10 describa su nivel de dolor: (1 = nada / 10 = extremo)

Interfiere con: \_\_\_ Trabajar \_\_\_ Dormir \_\_\_ Andar \_\_\_ Pasatiempos \_\_\_ Ocio \_\_\_ Otro

¿Le ha consultado a otro médico para los síntomas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Quién? \_\_\_\_\_

## Historial de la niñez: *Marque todos que se apliquen*

¿Tuvo alguna enfermedad de la niñez?	Yes	No
¿Tuvo alguna caída seria como niño[a]?	Yes	No
¿Jugaba algún deporte?	Yes	No
¿Tomaba medicamentos?	Yes	No
¿Le operaron alguna vez?	Yes	No
¿Se ha caído/ saltado de una altura más de tres pies?	Yes	No
¿Tuvo algún accidente en coche como niño[a]?	Yes	No
¿Hubo un uso prolongado de medicina tales como antibióticos o inhalador?	Yes	No
¿Sufrió otro tipo de trauma (físico o emocional)?	Yes	No

## Adulto – (18 al presente) Marque uno

¿Fuma Ud?	Sí	No
¿Tomaba/toma alcohol?	Sí	No
¿Le ha pasado algún accidente?	Sí	No
¿Ha tenido alguna cirugía?	Sí	No

Califique lo siguiente como Pobre, Bueno, Excelente:

Dieta: \_\_\_\_\_ ¿Qué come? \_\_\_\_\_  
Ejercicio: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo y qué? \_\_\_\_\_  
Descanso: \_\_\_\_\_ ¿Horas al día? \_\_\_\_\_

Nombrélo[s]: \_\_\_\_\_

Alergias al medicamentos:

¿Jugaba/juega deportes para adultos? Sí No

Alergias adicionales: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales:

Por favor marque (✓) todos los síntomas que ha tenido, aunque no parecen relacionados a su problema actual:

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Dolor puntiagudo en los pies	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello
<input type="checkbox"/> D. puntiagudo en los brazos	<input type="checkbox"/> Pérdida de olfatos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Zumbido de oído	<input type="checkbox"/> Acúfeno	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Dedos entumecidos	<input type="checkbox"/> Dedos del pie entumecidos	<input type="checkbox"/> Pierda de sentido del gusto	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Tensión
<input type="checkbox"/> Problemas de dormir	<input type="checkbox"/> Cuello tieso	<input type="checkbox"/> Manos frías	<input type="checkbox"/> Pies fríos
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sofoco
<input type="checkbox"/> Sudor frío	<input type="checkbox"/> Ojos sensitivos a la luz	<input type="checkbox"/> Problemas de micción	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Cambio de humor	<input type="checkbox"/> Dolores menstruales	<input type="checkbox"/> Irregularidad del c. menstrual	<input type="checkbox"/> Úlcera

## Perfil de la salud de la familia:

En nuestra oficina no solamente nos interesa en la salud y bienestar de Ud. pero la de su familia y sus seres queridos también. Por favor, mencione cualquier condición medical o preocupaciones que tiene con respecto a su[s]:

Niños: \_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Hermano(s): \_\_\_\_\_ Hermana(s): \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA**

Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado sobre su enfermedad y el diagnóstico. Usted también tiene el derecho a ser informado acerca de los procedimientos de quiropráctica recomendadas para su uso, por lo que usted puede tomar una decisión informada sobre su tratamiento. Una vez informado, usted puede tomar la decisión de someterse a un tratamiento al conocer los posibles riesgos y peligros involucrados. Al firmar este acuerdo, reconozco que se me ha consultado acerca de mi diagnóstico y los tratamientos recomendados. Entiendo y me ha informado de los riesgos involucrados en mi tratamiento, incluyendo, pero no limitado a, fracturas, lesiones de disco, los derrames cerebrales, la dislocación, esguinces, aumento de los síntomas y el dolor. Reconozco además que NO HAY GARANTÍAS O SEGURIDADES que se han hecho para mí en relación con los resultados previstos del tratamiento.

Por la presente solicito y consiento para la realización de procedimientos y cuidados quiroprácticos, incluyendo fisioterapia del Mount Nebo Chiropractic Clinic, Milton L. Carroll, D.C., y / u otros médicos con licencia de quiropráctica, o los empleados respectivos de Mount Nebo Chiropractic Clinic, de tratarme.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre o guardián si el paciente es un menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**Nuestro compromiso con usted:** Somos una empresa dedicada a proteger su privacidad. Aunque esta revelación es requerida por la ley, por favor sepa que respetamos la privacidad de su salud. Sin embargo, hay circunstancias que requieren que tengamos que usar o revelar su información médica. Su información puede ser utilizada o revelada en las siguientes circunstancias: 1) Podemos revelar su información de salud a otro proveedor de cuidado de salud o un hospital para los propósitos de diagnóstico, la evaluación y / o tratamiento. 2) Podemos revelar su información médica, para obtener el pago de usted, a una compañía de seguros o a un tercero responsable de los pagos. 3) Su información de salud puede ser revelada a los efectos del tratamiento, control de calidad, las evaluaciones del personal, y para entrenar a nuevos miembros del personal. 4) Su información de salud puede ser revelada a recordarle las citas, el envío de tarjetas de cumpleaños, para dar agradecimiento para una remisión, para enviarle un boletín de la oficina, y / o para invitarles a un *Día de agradecimiento de pacientes*. 5) Su historia de éxito firmada puede ser usada para fines promocionales.

Si necesita más información sobre cómo su información médica puede ser revelada, por favor pregunte. Contamos con una descripción detallada de cómo su información médica puede ser utilizada o revelada. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra política de divulgación e implementar esos cambios en cualquier momento. Usted puede recoger o pedir una copia de la política de nuestra oficina en cualquier momento.

**Su derecho a limitar los usos o divulgaciones:** Usted tiene el derecho de limitar la forma en que usamos o revelamos su información médica. Si usted desea limitar cómo usamos su información, por favor hacerlo por escrito. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar sus restricciones. Si estamos de acuerdo, entonces las restricciones son vinculantes para nosotros.

**Su derecho a revocar su autorización:** Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento por escrito. No vamos a ser capaces de cumplir con su solicitud de revocación si ya hemos publicado la información de su salud antes de recibir su solicitud de revocar su autorización. Si usted estaba obligado a dar su autorización como condición para obtener un seguro, la compañía de seguros puede tener un derecho a la información sobre su salud si deciden desafiar sus afirmaciones.

He leído y estoy de acuerdo con la política de consentimiento anterior. Reconozco que he recibido una copia de la "Notificación de Privacidad Política del Paciente".

\_\_\_\_\_  
Firma (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONTRATO DEL PACIENTE DE MEDICARE**

**(Requerido por Medicare por todos los reclamos de Medicare)**

\_\_\_\_\_  
Nombre del autorizado

\_\_\_\_\_  
Nº del suscriptor de Medicare

Por la presente solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Mt. Nebo Chiropractic Clinic, Milton L. Carroll, D.C., por cualquier servicio que me proporcionó o proporcione ese proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí a liberar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta autorización está en efecto hasta que yo decida revocarla por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POLÍTICA FINANCIERA**

Nuestra oficina ofrece dos métodos de pago por los servicios prestados. Por favor, marque una de las siguientes y firme abajo:

**Auto-Pago** Definición: En este método de pago, cargos por servicios son pagados en su totalidad inmediatamente después de que se presten y se realiza sin papeleo o facturación mensual hecha. Al reducir el costo de la contabilidad, somos capaces de ofrecer a nuestros pacientes tasas reducidas para los servicios.

**Seguro** Definición: Como cortesía profesional a nuestros pacientes asegurados, facturamos las compañías de seguros por los servicios prestados. La lista de precios es más alto que la auto-pago porque un plan de seguro requiere una preparación de reclamaciones considerable, verificación de seguros, las solicitudes de autorización, cumplimentación de los formularios y, posiblemente, la copia de los registros y la redacción del informe de necesidad médica. SEGURO DE TRABAJADORES DE COMPENSACIÓN y AUTOMÓVIL SIN CULPA puede ser que cubra el tratamiento quiropráctico. Si usted ha sido lesionado en el trabajo o en un accidente automovilístico, por favor notifiquenos inmediatamente para que podamos presentar los formularios correspondientes.

**Todos los pacientes asegurados:** Nuestra relación financiera está con Ud., no con su compañía de seguros. Cuando verifiquemos beneficios, y como una cortesía a usted, vamos a tratar de darle pautas generales acerca de lo que su póliza de seguro podría cubrir. Puesto que el seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros, usted es principalmente responsable de saber los detalles de lo que cubre su póliza. Aunque la cobertura de seguros ha sido verificada, no quiere decir que todos los servicios serán pagados.

Como proveedor de contrato para su compañía de seguros, aceptamos el honorario permitido de su compañía de seguros como nuestro honorario completo **por los servicios cubiertos**. Como usted sabe, los beneficios de la compañía de seguros y sus limitaciones varían ampliamente. Lo que esto significa es que en cada visita que Ud. haga está obligado a pagar su copago, **los servicios no cubiertos**, y / o deducible. Facturamos su seguro y ellos pagan el importe contratado, menos su copago y / o deducible para los servicios cubiertos. Si hay una cantidad sobrante descontamos la cantidad como una reducción contractual y su tasa se considera pagada en su totalidad.

Además, es importante señalar que, independientemente de la cantidad de visitas que una compañía de seguros diga que están disponibles, sólo pagan por las visitas que determinan que son médicamente necesarios, **en virtud de su definición de médicamente necesario**. Muchas veces la definición de necesidad médica de su compañía de seguros se basa en un modelo de dolor agudo de 5-8 visitas en lugar de lo que Ud. realmente necesita para llegar a la máxima mejora y permanecer allí. **Como tal, las visitas que sobrepasan 5-8 por cada enfermedad, pueden ser consideradas no médicamente necesario y un servicio no cubierto.**

**TODOS LOS PACIENTES** están OBLIGADOS A PAGAR EN SU TOTALIDAD en el momento de cada visita. Si la suma total no se puede pagar, se espera que el saldo restante se pagará dentro de los 60 días de la fecha del servicio. UN CARGO FINANCIERO de 1.5% del saldo pendiente de pago o \$ 5.00, lo que sea mayor, puede ser aplicado mensualmente a su cuenta en cualquier servicio que siga pendiente de pago 60 días después de la fecha de servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Si la colección tiene que ser hecho por pleito o de otra manera, el paciente o guardián legal del menor de edad será responsable por cualquier y todos los cargos incurridos, incluyendo los costos judiciales, honorarios de abogados e intereses. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, tarjetas de crédito y débito. Se requiere el pago de aparatos ortopédicos, suplementos y otros suministros en el momento de la compra. Pedidos especiales deben ser pagados en el momento de realizar el pedido.

**Cargo de cheques devueltos:** Un cargo financiero de \$ 25.00 se le cobrará por cheques devueltos.

**Condiciones de cancelación:** Los pacientes deben notificar a la oficina de cualquier cancelación o reprogramación de citas dentro de 12-24 horas de la cita programada. Falta de notificación dará lugar a un cargo por cancelación tardía de \$ 20 al paciente

**Como paciente auto-pago**, mediante la firma de este acuerdo, reconozco que he leído y entendido las políticas financieras anteriores y estoy de acuerdo en ser responsable de todos los gastos incurridos por mí por los servicios prestados en esta oficina.

**Como paciente asegurado**, mediante la firma de este acuerdo, reconozco que he leído y entendido las políticas financieras anteriores y estoy de acuerdo en ser personalmente responsable de todos los copagos / coaseguros, deducibles, servicios no cubiertos y cualesquiera otras cantidades no cubiertas por mi seguro.

Además:

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información que consideren convenientes acerca de mi condición física a cualquier compañía de seguros, abogado o de ajuste con el fin de procesar cualquier reclamación de reembolso de gastos

\_\_\_\_\_  
Firma (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Mt. Nebo Chiropractic Clinic Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha